Service de Gynécologie-Obstétrique
Dr S.NEBBALI
CHU NEFISSA HAMOUD (ex PARNET)

Cancer de l'endomètre

Objectifs

- Diagnostiquer une tumeur du corps utérin
- Expliquer les bases des classifications qui ont une incidence pronostique
- Argumenter l'attitude thérapeutique
- Planifier le suivie thérapeutique
- Planifier le suivie des patientes à long terme

1

I. INTRODUCTION

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent et le quatrième en incidence chez la femme (après les cancers du sein ; le colon et le poumon)

La majorité des cancers de l'endomètre sont diagnostiquée à des stades précoces (stades I 80% ; stades II 10% ; stades III 7% ; stades VI 3%).

Son pronostic reste relativement favorable avec un taux de mortalité par cancer qui reste faible en comparaison des autres cancers féminins.

Il survient essentiellement chez la femme ménopausée, pour cette raison tout métrorragie post-ménopausique doit faire évoquer le diagnostique.

Les quartes principaux facteurs pronostique : le type histologique ; l'âge ; l'opérabilité ; stade

La chirurgie et la radiothérapie constituent la base du traitement du cancer de l'endomètre

Il n'existe à ce jour pas de recommandations pour un dépistage systématique.

II. DEFINITION

On entend par cancer de l'endomètre les tumeurs épithéliales qui se développent et naissent au dépend de la muqueuse du corps utérin.

on exclu ainsi les tumeurs d'origine conjonctive (les sarcomes) et les tumeurs d'origine placentaires (choriocarcinomes), et les cancers propagés au col de l'utérus.

III. EPIDEMIOLOGIE

Le cancer de l'endomètre est une pathologie fréquente avec 72775 nouveaux cas estimés en 2012, il se situe au 12eme rang des cancers sur les 19 localisations étudiés par l'institut de veille sanitaire et se situe au 5eme rang des cancers de la femme et au premier rang des cancers gynécologiques. La mortalité est faible et tend à diminuer légèrement.

Souvent diagnostiqué à un stade précoce , il s'agit d'un cancer relativement de bon pronostic avec une survie nette spécifique à cinq et dix ans de 72% et 68% , cette survie a légèrement augmenté depuis 1990 probablement du fait du diagnostic précoce et d'une meilleure prise en charge , notamment des femmes les plus âgées .

Sa prise en charge initiale repose dans la majorité des cas sur la chirurgie.

L'évaluation préopératoire du risque ganglionnaire est essentielle pour poser à bon escient l'indication chirurgicale adéquate, celle-ci repose sur le bilan préopératoire qui apparait primordiale pour la prise en charge optimale des patientes.

IV. FACTEURES DE RISQUES :

A. L'âge

L'âge est le facteur de risque le plus important des cancers de l'endomètre ; 90% des cancers surviennent après 50ans et 15% des femmes sont en péri ménopause et 75% sont ménopausées.

B. Facteurs raciaux et régionaux

Le taux d'incidence est supérieur dans les populations blanches par apport aux populations noires ou asiatiques, en raison d'une exposition aux facteurs de risques différents selon les populations.

On distingue ainsi des régions à forte incidence (environ 8 à 10 % des cancers de la femme) telle que les Etas –unis, le canada, l'Australie, la nouvelle –Zélande et l'Europe de l'ouest et des zones à faible incidence (2à 4% des cancers de la femme) telle que l'Afrique, l'Amérique centrale ; l'Amérique du sud et l'Asie.

C. Obésité

L'obésité est présente dans 50 à 80 % des cas.

Le risque de cancer de l'endomètre est proportionnel au degré de l'obésité et à l'indice de masse corporelle, mais aussi à la répartition des graisses (obésité androïde = risque accru).

D. Diabète et hypertension

Les patientes ayant un cancer de l'endomètre présente trois fois plus de diabète que la population générale, il peut s'agir d'un diabète insulinodépendant ou bien non insulinodépendant sans différance significative, l'hypertension est classiquement retrouvé dans ce contexte, celle-ci est en rapport avec l'âge est l'obésité.

E. Hypereostrogénie relative

L'hyperestrogénie relative augmente le risque de cancer de l'endomètre, ainsi la ménopause au –delà de 53ans double le risque et une puberté précoce majore ce risque .lorsque cette dernière survient avant l'âge de 11 à 12 ans ; ce risque est augmenté d'un facteur de 1,5 à 4.

La nulliparité, surtout s'elle s'associe à un contexte d'infertilité ; est un facteur de risque reconnu, ceci est en rapport avec une hyperestrogénie relative ; par ailleurs toute imprégnation estrogénique prolongée peu ou mal équilibré par la progestérone, favorise le développement du cancer de l'endomètre (OPK ; tumeurs secrétant de la granulosa, estrogénothérapie post ménopausique).

A l'inverse une contraception orale de type combiné présente un effet protecteur vis-à-vis du cancer de l'endomètre.

F. Histoire familiale

Le RR de cancer de l'endomètre est estimé à 1,5 en cas d'antécédents familiale.

Le syndrome de lynche qui es une prédisposition héréditaire au cancer colorectal et de l'endomètre augmente ce risque de façon importante avec une survenue plus précoce

On retrouve également dans cette population un sur risque de cancer de l'ovaire

Par ailleurs un antécédent de cancer du sein augmente le risque de cancer de l'endomètre et plus particulièrement du cancer séreux.

G. Tamoxiféne et cancer de l'endomètre

Le tamoxiféne est couramment prescrit comme traitement adjuvant des cancers du sein hormonodépendants, s'ils possèdent des effets antiestrogéniques au nivaux du sein, il est néanmoins ostrogénique au niveau des os, du tissu vaginale de l'endomètre.

Le RR de cancer de l'endomètre chez les femmes ménopauses ayant un cancer du sein traité par tamoxiféne est de 2 à 3, le délai d'action d'apparition d'un adénocarcinome de l'endomètre est de 3,5 à 4 ans âpres le début du tamoxiféne.

Le tamoxiféne n'est cependant pas associé à une augmentation de la mortalité

H.Hyperplasie adénomateuse

L'hyperplasie adénomateuse est un état précancéreux, au cours duquel le risque de dégénérescence atteint 12 à 15 %.

E.Antécedants d'irradiation pelvienne

V. Diagnostic

A. circonstance de découverte

Les métrorragies poste ménopausiques sont le maitre symptôme.

Les autres signes sont : les leucorrhées, pyrométrie, douleurs pelviennes ; frottis de dépistage si extension au col de l'utérus.

B.l'examen clinique

Le plus souvent il est pauvre, car obésité et lésions intra utérines dans 75 %, le reste de l'examen clinique à savoir l'examen des seins, abdomen.

L'examen sous spéculum : qui es le plus souvent normal sauf si extension au col.

Le toucher vaginale : le plus souvent normale aussi ou parfois légèrement augmenté de volume et douloureux à la mobilisation, parfois on retrouve une masse latéro utérine.

C .le diagnostique positif :

Comme pour tout cancer, le diagnostique positif du cancer de l'endomètre est strictement histologique, il est capital d'avoir connaissance en particulier du type et de grade avant de décider la stratégie thérapeutique :

- **La biopsie de l'endomètre :** le diagnostique de cancer de l'endomètre repose sur une preuve histologique ; cette dernière peut être réalisé à l'aide d'une pipelle de cornier ou d'une canule de Novak, la pipelle de cornier à usage unique est le dispositif le plus utilisé et constitue selon la littérature un moyen diagnostique performant
- **Dilatation et curetage :** la dilatation cervicale associé au curetage est une intervention qui a longtemps été considéré comme le gold standards mais présente en réalité des insuffisances, elle présente en effet une sensibilité très variable selon la littérature, avec des lésions localisés laissées en place ou des prélèvements insuffisants et un taux d'échec dans le diagnostique des cancers localisés allants de 38 à 100% selon les études.
- **Hystéroscopie** : l'hysteroscopie permet d'améliorer ou au minimum de compléter la dilatation- curetage, en ciblant la réalisation des biopsies ; elle peut être diagnostique ou opératoire ; celle-ci permet de faire des prélèvements ciblés.

VI .examens complémentaires

A. Échographie pelvienne

L'échographie pelvienne, réalisée par voie sus-pubienne puis par voie endovaginale avec étude doppler est l'examen de première intention pour évaluer les patientes présentant des métrorragies post ménopausiques et plus particulièrement pour explorer une pathologie endométriale suspectée. Elle permet une étude complète de l'utérus (endomètre et myométre) et de la cavité pelvienne en tout innocuité et à faible cout

les signes évocateurs de cancer de l'endomètre sont ; un épaississement de l'endomètre supérieur à 5mm chez une patiente ménopausique et supérieur à 15 mm chez une patiente en activité génitale , un endomètre hétérogène et irrégulier avec une interface endomètre – myométre irrégulière , la présence d'une vascularisation anarchique de l'endomètre ou de la région sous-endométriale au doppler couleur ou énergie, cependant ces signes ne sont pas spécifiques et l'échographie ne permet pas de distinguer de façon certaine les proliférations bénignes , les polypes et le cancer .



Echographie pelvienne par voie endovaginale .adénocarcinome endométriode envahissant le myométre

B. Hystérosonographie

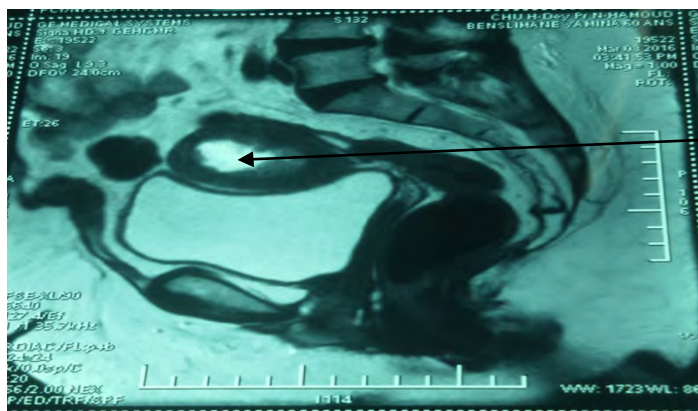
L'hystérosonographie permet d'étudier la cavité utérine en réalisant une échographie pelvienne avant et après injection de sérum physiologique au sein de la cavité .plusieurs études récentes ont objectivé une très forte sensibilité et spécificité de cet examen et une bonne concordance avec l'hysteroscopie , elle augment les performances de l'échographie endovaginale et peut être utile pour distinguer une cavité utérine normale d'une cavité utérine pathologique avec une sensibilité de 85 à 98,9% , dans le cadre du bilan diagnostique devant des métrorragies , l'hysterosonographie peut servir à départager les patientes présentant un saignement par atrophie endométriale et les patientes présentant une lésion endométriale nécessitant une exploration et un traitement endoscopique .

C. Imagerie par résonance magnétique (IRM) abdominopelvienne

L'IRM abdominopelvienne est l'examen le plus pertinent dans l'évaluation pré thérapeutique d'un cancer de l'endomètre, recommandée en première intention par L'INCa devant un cancer de l'endomètre.

Elle permet d'évaluer l'extension locorégionale de la tumeur en termes de profondeur d'envahissement du myométre , d'atteinte du stroma du col de l'utérus , de la paroi vésical ou rectale et l'étude des annexes , cet examen permet aussi une évaluation du statut ganglionnaire à la fois pelvien et lomboaorique .l'IRM est supérieur à l'échographie et au scanner pour évaluer l'envahissement cervicale ; mais n'est cependant pas capable d'identifier l'envahissement muqueux superficiel , mieux évalué par l'hysteroscopie .

- **aspects diagnostiques :** processus tumoral et envahissement du myométre , comme nous l'avons expliqué précédemment l'envahissement du myométre constitue un élément reflétant le risque d'envahissement ganglionnaire et donc déterminant dans la décision du geste chirurgical, son évaluation par IRM est donc capital, l'analyse de la littérature à ce sujet rend compte d'une grande variabilité des performances de l'IRM en termes de sensibilité (de 37,5 à92%) et de spécificité (de 72à 100%) pour le diagnostique de l'envahissement myométrial .
  L'envahissement cervical : le diagnostique d'extension cervical au stroma cervical est posé devant la détection du tissu tumoral en signal T2 intermédiaire au sein de l'hypo signal T2 franc du stroma cervical (valeur prédictive négative 93 à 98%)
  L'envahissement ganglionnaire : les performances de l'IRM en termes d'envahissement ganglionnaire sont limités car la littérature rapporte que seulement 39% des patientes avec métastases ganglionnaires
  La figure montre les aspects échographiques et IRM d'un adénocarcinome de l'endomètre.



Imagerie par résonance magnétique pelvienne : adenocarcinome endométriode de l'endométre avec envahissemnt du myométre

D. autres examens d'imagerie

le scanner abdominopelvien TDM ne fait pas partie du bilan d'extension , sauf contre –indication à l'IRM ou en cas de carcinome péritonéale et en cas de type 2 histologique ; en cas de suspicion de stades III et /ou N+et/ou M+, la réalisation d'une TEP-TDM peut être discuté pour la recherche de métastases à distance .l'imagerie thoracique (scanner thorax-abdomen-pelvis) et l'exploration hépatique (par échographie ou IRM) systématique ne font pas partie du bilan d'extension locorégional sauf en cas de suspicion d'extension régional (stades III et/ou N+), de type 2 histologique ou de lésions identifiées par l'examen TEP-TDM

E. bilan du terrain

le cancer de l'endomètre touche donc essentiellement une population âgée et présentant souvent des comorbidités (obésité, diabète, HTA).le diagnostic de cette pathologie doit donc être l'occasion de dépister et traiter les facteurs de risque cardiovasculaires .par ailleurs, les patientes doivent bénéficier d'un bilan complet préopératoire afin de déterminer s'il n'ya pas de contre –indication à une anesthésie générale, ainsi qu'à la cœlioscopie en raison du terrain.

VII la classification histologique

La classification histologique est celle de l'OMS 2003 :

- **type 1 histologique :** 77 à 80 % se développent sur des hyperplasies atypique ; endométriodes mucineux avec : grade 1 : 5% de zones solides.
  Grade 2 : 6 à 50 % de zones solides
  Grade 3 : à 50 % de zones solides ; la présence d'atypies sévères sur plus de 50% augment le grade d'un point
  L'himunohistochimie : récepteurs hormonaux +++ p53 + focalement ; p16-(positif dans les métaplasies)
- **type 2 histologique :** 10 à 23 %, seropapillaires, carcinosarcome, à cellules claires ,tumeurs de haut grade , précurseur : carcinome intraépithéliale . l'himunohistochimie : récepteurs hormonaux + /- p53 75% de +++ou totalement - ; p16 +++.

VIII. la classification anatomochirurgicale de FIGO2009 :

Stade I [1] Tumeur limitée au corps utérin :
IA : Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myométre.
IB : Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du Myométre.
Stade II [1] : Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus :
Stade III [1] : Extensions locales et/ou régionales comme suit :
IIIA : séreuses et/ou annexes [2]
IIIB : envahissement vaginal et/ou paramétrial [2]
IIIC : atteinte des ganglions lymphatiques régionaux [2]
IIIC1 : ganglions pelviens
IIIC2 : ganglions para-aortiques ± ganglions pelviens
Stade IV [1] : Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou Métastases à distance :
IVA : Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale.
IVB : Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou Ganglions inguinaux.
Adénocarcinome mixte : association de type 1 et de type 2 dont la composante minoritaire supérieure ou égale à 10 % ; au-delà d'une proportion de type 2 supérieure ou égale à 25 %, il est admis que le pronostic se rapproche de celui d'un adénocarcinome de type 2 « pur ». Intérêt de l'IHC (RO, p53, mib-1/Ki-67).
Formes rares : carcinome épidermoïde (post-ménopausique ; diagnostic d'exclusion car diagnostic différentiel : extension d'un carcinome épidermoïde cervical, adénocarcinome endométrioïde avec différenciation malpighienne prédominante), carcinome transitionnel, carcinome à petites cellules (comparable à la forme pulmonaire).
1. grades 1, 2 ou 3.
2. Les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne Modifient pas la classification.

IX. la classification pronostic : la classification pronostique des tumeurs limités au corps de l'utérus est celle de l'EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ENCOLOGY(ESMO)

- **risque faible :** stade Ia grade 1 ou 2 type I histologique
- **risque intermédiaire :** stade Ia grade 3 type 1 histologique et stade Ib grade 1 ou 2 type 1 histologique .
- **risque élevé :**stade Ib grade 3 type 1 histologique , stade Ia et Ib type 2 histologique ; stade I présentant des types emboles lymphatiques

X. évolution et pronostic :

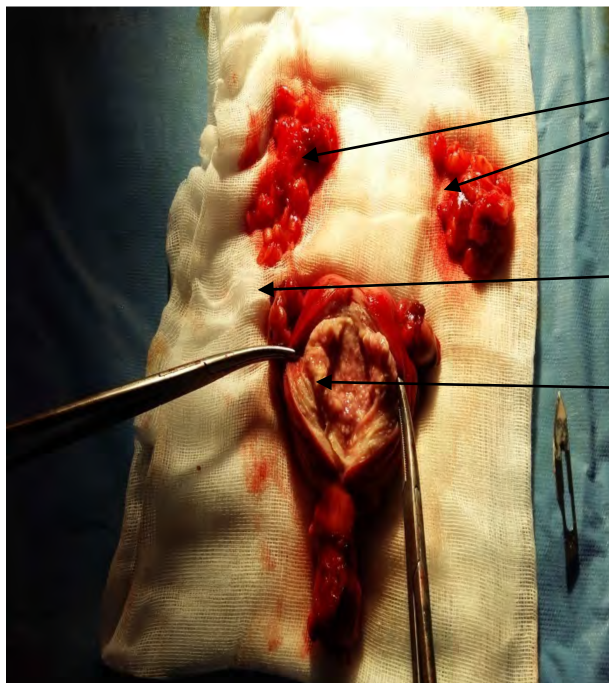
le taux de survie à 05 ans varient en fonction du stade de la maladie : pour les stades I : 80 %, les stades II : 60%, les stades III : 30% ;les stades IV : 10 % , dans les cancers du stades Ia avec envahissement de moins de 50 % du myométre le taux de survie est de 96% et dans les stades Ib : 65% .

XI. Le traitement du cancer de l'endomètre

A.les moyens thérapeutiques :

- **la chirurgie :** hysterectomie ou colpohysterectomie ; curage pelvien et lomboaortique , omentectomie.
- **la radiothérapie :** externe et curithéraphie utérovaginale.
- **chimiothérapie**
- **hormonaux thérapie**
- **corticothérapie**

B.les indications thérapeutiques :



Curage ilioobturateur bilatérale

Annexexectomie bilatérales

Utérus avec processus néoplasique

- **Type 1 histologique :**

1. **Risque bas**

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
Une lymphadénectomie n'est pas recommandée.
Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose n'est pas recommandée sauf en cas d'envahissement myométrial où elle est réalisée (consensus régional).
La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.
Situations exceptionnelles :

- *Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant des tumeurs supposées de stade I, grade 1 sans envahissement myométrial, au mieux après exploration coelioscopique des ovaires pour éliminer une extension extra-utérine ou de la séreuse.*
- *Sous les mêmes réserves, le traitement conservateur des ovaires associé à une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale peut être discuté pour les patientes de moins de 40 ans désirant le maintien des fonctions ovariennes.*

2. **Risque intermédiaire :**

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.
La lymphadénectomie pelvienne est recommandée en cas de stade IB/T1b grade 2 ou de stade IA/T1a grade 3 avec envahissement myométrial (consensus régional).
Une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée.
La radiothérapie externe n'est pas recommandée.
Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée.La pertinence de la détection du ganglion sentinelle pour ces patientes est en cours.

3. **Risque élevé** : Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

Une lymphadénectomie lomboaortique et iliaque commune est recommandée. Dans ce contexte, la chirurgie endoscopique peut être recommandée.
La lymphadénectomie pelvienne peut être discutée. Son intérêt thérapeutique chez des patientes qui n'ont pas d'adénomégalies suspectes à l'imagerie et qui vont recevoir une irradiation externe pelvienne.
En cas de découverte de facteurs de risque élevé sur la pièce d'hystérectomie, une reprise de starification ganglionnaire et/ou péritonéale, de préférence coelioscopique, est recommandée.
Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.
Une curiethérapie vaginale de surimpression à haut débit de dose est recommandée (consensus régional).
Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante n'est pas recommandée hors essai clinique.

- **Type 2 histologique**

1 .Carcinomes à cellules claires ou papillaires séreux

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales, une appendicectomie sont recommandées.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.
Une curiethérapie vaginale de surimpression est recommandée (consensus régional).
Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

2.Carcinosarcomes

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une omentectomie infracolique, une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées.

Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire est recommandée.

Une curiethérapie vaginale de surimpression est recommandée (consensus régional).

- **Stades II/T2**

Une hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale est recommandée.

L'hystérectomie sera simple ou élargie, avec ou sans colpectomie, en fonction des caractéristiques de la tumeur avec objectif d'obtenir des marges saines.

Une lymphadénectomie pelvienne est recommandée *(un examen extemporané est possible). Une lymphadénectomie lomboaortique d'emblée ou à la suite d'une lymphadénectomie pelvienne encas de ganglions pelviens positifs peut être discutée en cas de type 1 histologique.*
En cas de type 2 histologique, une omentectomie infracolique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique, une cytologie et biopsies péritonéales doivent être réalisées.
Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie vaginale postopératoire à haut débit de dose est recommandée.
En cas de type 2 histologique, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée en complément de la radiothérapie.
En cas de non-opérabilité d'emblée par une atteinte de gros volume du col de l'utérus, une Radiothérapie préopératoire externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 *Gy) avec ou sans Curiethérapie préopératoire (15 Gy) peuvent être discutées (consensus régional).Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle à discuter.*

- **Extensions locales et/ou régionales (tous types Histologiques) – Stades III/T3 et/ou N1 Séreuse et/ou annexes – Stade IIIA/T3A**

Une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une omentectomie infra gastrique, une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique et une cytologie et biopsies péritonéales sont recommandées. En cas d'atteinte isolée de la séreuse, une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) postopératoire associée à une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose sont recommandées. En cas d'atteinte cervicale, une curiethérapie postopératoire à haut débit de dose est recommandée en complément de la radiothérapie.
En cas d'atteinte annexielle, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle est recommandée en plus du traitement locorégional.

- **Envahissement vaginal et/ou paramétrial – Stade IIIB/T3B**
  Le traitement par radiothérapie exclusive est privilégié.
  Une stadification ganglionnaire lomboaortique pré thérapeutique peut être discutée.
  Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie utéro vaginale (15 Gy) est recommandée.
  Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.
- **Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux diagnostiquée lors de l'analyse anatomopathologique – Stade IIIC/N1**
  Si le stade IIIC (N1 TNM) est défini sur la base d'une lymphadénectomie pelvienne, une Lymphadénectomie lomboaortique immédiate ou différée est recommandée.
  Si découverte histopathologique après stadification complète (pelvienne et lomboaortique), une radiothérapie externe conformationnelle (45 à 50 Gy), postopératoire (pelvienne au stade IIIC1 (N1TNM), pelvienne et lomboaortique au stade IIIC2 (N1 TNM)), suivie d'une curiethérapie à haut débit de dose, sont recommandées.
  Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle doit être discutée.
- **Atteinte des ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC1/N1**
  Un traitement chirurgical premier comportant une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, une exérèse ganglionnaire pelvienne et un curage lomboaortique à visée thérapeutique est recommandé.
  Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie vaginale sont recommandées.
  Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.
- **Atteinte des ganglions lomboaortiques ± ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC2/N1**
  Si les conditions sont favorables pour une chirurgie, un traitement chirurgical premier, comportant une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale et une lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique à visée thérapeutique, est recommandé.
  Une radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique conformationnelle (45 à 50 Gy) et une Curiethérapie vaginale postopératoires sont recommandées.
  Si les conditions ne sont pas favorables pour une chirurgie, une radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une surimpression ganglionnaire et d'une curiethérapie utéro-vaginale sont recommandées.
  Une chimiothérapie intraveineuse séquentielle doit être discutée.
- **Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance (tous types histologiques) - Stades IV/T4 et/ou M1 extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale – Stade IVA/T4**
  Une radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) suivie d'une curiethérapie sont recommandées.
  Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.
  Une exentération pelvienne à visée curative,être discutée.
- **Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales Et/ou ganglions inguinaux – Stade IVB/M1**
  Une chirurgie de cytoréduction complète à visée curative identique à celle réalisée dans le cancer de l'ovaire est recommandée uniquement en cas de carcinose péritonéale résécable sans métastase à distance.
  Une chimiothérapie intraveineuse est recommandée ; *le moment de la chimiothérapie est à discuter.*

Une hormonothérapie est recommandée en cas de récepteurs hormonaux positifs ou de maladie lentement évolutive.
Une radiothérapie externe conformationnelle sur la tumeur primitive est recommandée selon la localisation des lésions.
En cas de stade IVB (M1 TNM) défini par une atteinte inguinale isolée, une adénectomie Complémentaire est recommandée, en complément du traitement locorégional prévu.

XII. la surveillance :

- **Butes de la surveillance :** prise en charge globale de la patiente, assurer le soutien psychologique des malades traités, évaluer les complications du traitement .prise en charge l'effet et des complications de la maladie et des traitements afin de dépister une éventuelle récidive.
- **Les moyens de surveillance :** surveillance clinique par un examen général et gynécologique (examen au spéculum et touchers pelviens) ; aucun examen spécifique est recommander en dehors d'une symptomatologie spécifique ; l'utilisation de marqueurs doit être évité lors de la surveillance.
- **Rythmes de la surveillance :**

  Un examen tous les 4 à 6 mois pendant 03 ans puis annuel pour les stades I et II.

  Un examen tous les 4 à 6mois pendant 05ans puis annuel pour les stades III et IV.

XIII conclusion :

Le cancer de l'endomètre est un cancer fréquent et de bon pronostic
Le diagnostic est histologique et la détermination du type essentiel en ^préopératoire
Une IRM fait partie systématiquement du bilan d'extension afin d'estimer le degré d'envahissement du myométre .
Le bilan pré thérapeutique est capital, car il permet d'estimer le nivaux de risque de la maladie selon les critères de l'ESMO ; et donc d'adapter le geste chirurgicale (curage ganglionnaire ou non) .

XIV bibliographies:

[1] Aalders J, Abeler V, Kolstad P, Onsrud M. Postoperative external irradiation and prognostic parameters in stage I endometrial carcinoma:clinical and histopathologic study of 540 patients. Obstet Gynecol 1980;56:419-27.
[2] Ahamad A, D'Souza W, Salehpour M, Iyer R, Tucker SL, Jhingran A, et al. Intensity modulated radiation therapy after hysterectomy: comparison with conventional treatment and sensitivity of the normal- tissue-sparing effect to margin size. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005:62:1117-24.
[3] Baekelandt MM, Castiglione M. Endometrial carcinoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2008;19:19-20.
[4] Barillot I. Les cancers du col utérin : place de la radiothérapie avec modulation d'intensité. Cancer Radiother 2009;13:507-10.
[5] Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifi cations and clinical practice guidelines in the management of Gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet 2000;70:209-62.
[6] Briët JM, Hollema H, Reesink N, Aalders JG, Mourits MJ, ten Hoor KA, et al. Lymphvascular space involvement: an independant prognostic factor in endometrial cancer. Gynecol Oncol 2005;96:799-804.